

# Solicite formar parte del Consejo Asesor para Pacientes y Familias de Cottage

Trabaje como representante del consejo asesor y haga la diferencia en su comunidad. Asóciase con Cottage Health para compartir sus ideas y experiencias, y ayude a mejorar la atención médica para todos.

## Complete la solicitud hoy mismo:

Para unirse al consejo que hablará en inglés:  
[cottagehealth.org/pfac](http://cottagehealth.org/pfac)

Para unirse al consejo que hablará en español:  
[cottagehealth.org/pfacspanish](http://cottagehealth.org/pfacspanish)

## Cottage Health busca miembros de la comunidad que reúnan los siguientes requisitos:

- » Sean pacientes actuales o hayan sido pacientes, o cuidadores de un paciente, durante los últimos dos años.
- » Esten emocionados por ayudar a mejorar las experiencias del paciente.
- » Tengan disponibilidad para participar en reuniones trimestrales (en Santa Barbara o en línea).
- » Sean representativos de nuestra diversa comunidad.

Se ofrecerá a los participantes el reembolso de los gastos de transporte y cuidado de niños durante las reuniones. Se dispondrá de dos consejos: uno que hablará en inglés y otro que hablará en español. Habrá intérpretes disponibles para otros idiomas. Nuestro objetivo es establecer un consejo que represente la diversidad de la comunidad.

Si tiene alguna pregunta o necesita que alguien lo ayude con su solicitud, llame al (805) 324-9240 o envíe un correo electrónico a [listenpophealth@sbch.org](mailto:listenpophealth@sbch.org).



# Consejo Asesor de Pacientes y Familias (PFAC) Aplicación

Responda todas las preguntas de este formulario y envíe la solicitud completa por correo electrónico a ListenPopHealth@sbch.org. Si desea recibir ayuda para completar la solicitud, llame al 805-324-9240 o envíe un correo electrónico a ListenPopHealth@sbch.org.

1. Por favor, proporcione los siguientes datos:

Nombre:	<input type="text"/>	Código postal:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>	Número de teléfono de preferencia:	<input type="text"/>
Ciudad:	<input type="text"/>	Dirección de correo electrónico:	<input type="text"/>
Estado:	<input type="text"/>		

2. Soy (seleccione todas las opciones que correspondan):

- Un paciente
- Un expaciente
- Un familiar de un paciente
- Un familiar en duelo
- El cuidador de un paciente
- El compañero o la pareja de un paciente

3. Marque los tipos de cuidado que usted o su familia recibió en Cottage:

- Internación
- Servicios ambulatorios (por ejemplo, cirugía ambulatoria, estudios avanzados por imágenes, centro de tratamiento de heridas)
- Atención de urgencia
- Centro de rehabilitación
- Centro médico pediátrico
- Departamento de emergencias
- Otro: \_\_\_\_\_

4. ¿Es empleado o voluntario de Cottage actualmente?

- Sí, empleado de Cottage
- Sí, voluntario de Cottage
- No

5. ¿Fue empleado o voluntario de Cottage en el pasado?

- Sí, empleado de Cottage
- Sí, voluntario de Cottage
- No

6. ¿Puede asistir a reuniones presenciales trimestrales del Consejo Asesor de Pacientes y Familias?

- Sí
- No

7. En la medida en la que se sienta cómodo, proporcione una descripción general de las experiencias que tuvo con Cottage Health, que incluya el momento (por ejemplo, el año) y los lugares en los que accedió a los servicios.

8. Indique por qué le interesa ser miembro del Consejo Asesor de Pacientes y Familias.

**Creemos que los PFAC y todos los comités deben reflejar la diversidad de los pacientes y las familias de nuestra comunidad. Responda las siguientes preguntas sobre sus orígenes.**

9. ¿Es hispano, latino o de origen español?

- Sí
- No
- No lo sé/no estoy seguro
- No deseo responder

10. ¿Cuál o cuáles de las siguientes opciones cree que representa su raza?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco                              | <input type="checkbox"/> Japonés                          | <input type="checkbox"/> Samoano                             |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano               | <input type="checkbox"/> Coreano                          | <input type="checkbox"/> Otra raza de las islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Vietnamita                       | <input type="checkbox"/> Otro                                |
| <input type="checkbox"/> Asiático                            | <input type="checkbox"/> Otra raza asiática               | <input type="checkbox"/> No lo sé/no estoy seguro            |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático                      | <input type="checkbox"/> Nativo de las islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> No deseo responder                  |
| <input type="checkbox"/> Chino                               | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái                  |  |
| <input type="checkbox"/> Filipino                            | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro               |  |

11. ¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo se percibe?

- Lesbiana o gay
- Heterosexual, es decir, no gay
- Bisexual
- Asexual
- Otra opción
- No sé la respuesta
- No deseo responder

12. ¿Cuál es su género actual?

- Masculino
- Femenino
- No conforme en cuanto al género
- Transgénero, masculino a femenino
- Transgénero, femenino a masculino
- Otro
- No lo sé/no estoy seguro
- No deseo responder

13. ¿Cuántos años tiene? \_\_\_\_\_ años

14. ¿Qué idiomas usa con más frecuencia en su hogar?

- Inglés
- Español
- Inglés y español por igual
- Otro. Especifíquelo: \_\_\_\_\_

15. ¿Su solicitud es para el PFAC en inglés o en español?

- Inglés
- Español

16. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que finalizó o el título más alto que recibió?

- Menos que el nivel secundario
- Parte del nivel secundario
- Título de educación secundaria o GED
- Parte del nivel universitario, pero no obtuve un título
- Diplomado
- Nivel universitario (como una Licenciatura en Artes [B.A.] o una Licenciatura en Ciencias [B.S.])
- Parte de un posgrado, pero no obtuve un título
- Posgrado (como un Máster en Ciencias [M.S.], un Doctorado en Medicina [M.D.] o un Doctorado [Ph.D.])

17. Certifico que las declaraciones realizadas en esta solicitud son ciertas.

Firma del solicitante:

Fecha: